

Anmeldung

Bitte ankreuzen X

Betreuende Grundschule

Frühbetreuung 06:45 – 7:45 Kosten: 10,- € monatlich

täglich oder nur an folgenden Tagen: Mo Di Mi Do Fr

Mittagsbetreuung 12:00 – 13:05 12:00 – 14:00 13:05 – 14:00
 Kosten: 10,- € monatlich 20,- € monatlich 10,-€ monatlich

täglich oder an folgenden Tagen: Mo Di Mi Do Fr
 (!Um 14:00 Uhr **keine** Busbeförderung möglich!)

Freitagsbetreuung nur für GTS-Kinder:

Freitag 12:00 – 13:05 **Freitag** 12:00 – 14:00
 Kosten: 2,50 € monatlich Kosten: 5,- € monatlich
 (!Um 14:00 Uhr **keine** Busbeförderung möglich!)

Rechtsgrundlage: Satzung über die Erhebung von Elternbeiträgen für die Inanspruchnahme der „Betreuenden Grundschule“ sowie der Kostenbeteiligung an der Mittagsverpflegung in den Grundschulen der Verbandsgemeindeverwaltung Altenkirchen-Flammersfeld vom 08.07.2021. Die Elternbeiträge für die Inanspruchnahme der Betreuenden Grundschule werden für die Dauer des Schuljahres im Sinne des § 8 SchulG (12 Monate) auch in den Ferien erhoben.

Ganztagschule für das Schuljahr _____

- Die Teilnahme ist für **die Dauer eines Schuljahres verbindlich** und kann grundsätzlich nicht während des Schuljahres widerrufen werden.
- Die Anmeldung gilt für ein weiteres Schuljahr, soweit **nicht bis zum 15. März** ausdrücklich schriftlich widersprochen wird.
- An allen vier vorgesehenen Wochentagen (Montag bis Donnerstag) besteht bis 16:00 Uhr Teilnahmepflicht.
- Ich beziehe Sozialleistungen und beantrage Erstattung der Verpflegungskosten
 → dazu Bewilligungsbescheid Bildung- und Teilhabeleistungen (durch Kreis, Jobcenter, ...) bei der Verbandsgemeinde Altenkirchen-Flammersfeld einreichen.
- Sollte das Kind durch Fehlverhalten den Ablauf der Ganztagschule erheblich stören, behält sich die Schule das Recht auf Ausschluss vor.
- Das Kind nimmt kostenpflichtig an der gemeinsamen Mittagsverpflegung teil.
- Unser Kind darf alles essen.
- Unser Kind ist Moslem und darf kein Schweinefleisch essen.
- Unser Kind ist Vegetarier und wird kein Fleisch / keinen Fisch essen.
- Unser Kind ist Diabetiker/in.
- Unser Kind hat einen ärztlichen Nachweis über folgende Nahrungsunverträglichkeit:
 _____ (Eine Kopie der Diagnose liegt bei.)
- Folgendes ist uns noch wichtig:

Name des Kindes: _____ geboren: _____ Klasse: _____

Wohnort: _____ Straße: _____

Name Sorgeberechtigte: _____ Tel: _____

Ort, Datum, Unterschrift: _____